

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Крылова Е. В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Антибактериальная терапия сокращает длительность диареи при острых бактериальных кишечных инфекциях (ОБКИ), предотвращает осложнения, позволяет добиться эрадикации возбудителя, предупреждая тем самым их дальнейшее распространение. Однако на выделение возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам затрачивается длительный период времени, при этом верифицировать патогенный микроорганизм удастся лишь в 60% случаев. В связи с этим назначение антибактериальной терапии проводится эмпирически. При этом выбор антибактериального препарата при ОБКИ осуществляется уже в первые сутки лечения, задолго до получения результатов лабораторных исследований, и должен основываться на определении наиболее вероятного возбудителя, способного вызвать соответствующие клинические проявления и данных о его чувствительности к антибиотикам в регионе [1,2]. Однако клинические проявления большинства ОБКИ у детей раннего возраста имеют большое сходство, что затрудняет выбор препарата.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования различных схем антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 311 детей, больных ОККИ с выраженным колитическим синдромом, в возрасте от 0 до 3 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу в период 2007-09 гг. У всех больных наблюдалась гастроэнтероколитическая или энтероколитическая формы ОККИ.

Результаты и обсуждение. Больные были разделены на 2 группы по тяжести заболевания: тяжелое течение (114 детей), среднетяжелое и легкое течение ОККИ (197 детей).

Среди больных с тяжелым течением заболевания у 55 (48,25%) детей ОККИ была вызвана условно-патогенной флорой (стафилококк, клебсиелла, протей), у 26 (22,81%) больных был диагностирован сальмонеллез, у 11 (9,65%) – ротавирусная инфекция, у 6 (5,26%) детей – шигеллез, у 1 (0,90%) пациента – эшерихиоз, у 15 (13,16%) пациентов этиология заболевания не была установлена.

Среди больных со среднетяжелым и легким течением заболевания у 98 (49,75%) детей ОККИ были вызваны условно-патогенной флорой, у 31 (15,74%) больного диагностирован сальмонеллез, у 18 (9,14%) – ротавирусная инфекция, у 7 (3,55%) – шигеллез, у 2 (1,02%) – эшерихиоз, у 41 (20,81%) пациента – этиология ОККИ была не установлена.

В качестве стартовой терапии при тяжелом течении ОККИ назначались следующие антибиотики: цефотаксим («Борисовский завод медицинских препаратов») – 36 (31,58%) пациентам, цефтриаксон («Борисовский завод медицинских препаратов») – 15 (13,16%) больным, ко-тримоксазол («Борисовский завод медицинских препаратов») – 9 (7,89%) пациентам, азитромицин («Белмедпрепараты») – 19 (16,67%) больным, нифуроксазид («Гидеон Рихтер») – 20 (17,54%) детям, налидиксовая кислота («ФармЛэнд») – 15 (13,16%) пациентам.

В качестве стартовой терапии при среднетяжелом и легком течении ОКИ назначались такие антибиотики как, цефотаксим («Борисовский завод медицинских препаратов») – 43 (21,85%) пациентам, цефтриаксон («Борисовский завод медицинских препаратов») – 15 (7,61%) больным, ко-тримоксазол («Борисовский завод медицинских препаратов») – 15 (7,61%) пациентам, азитромицин («Белмедпрепараты») – 54 (27,41%) больным, нифуроксазид («Гидеон Рихтер») – 31 (15,74%) ребенку, налидиксовая кислота («ФармЛэнд») – 39 (19,80%) пациентам.

При статистической обработке результатов исследования вычислялись следующие величины: медиана (Me), нижний (25%) и верхний (75%) квартили. Все данные представлены в виде (Me; 25%, 75%). Достоверность различий (p) результатов исследования оценивали по критерию χ^2 . Различия расценивали как достоверные при $p < 0,05$.

При оценке клинической эффективности установлено, что длительность диарей у больных тяжелой формой ОКИ, у которых не было отмечено отсутствие эффекта, оказалась минимальной при назначении налидиксовой кислоты (2,5; 2,0; 3,0) и ко-тримоксазола (2,0; 2,0; 3,0). Менее эффективным оказалось назначение азитромицина (3,0; 2,0; 4,0), цефтриаксона (3,0; 2,0; 4,0) и нифуроксазида (3,0; 3,0; 3,0). Статистически достоверно худший клинический эффект был получен при использовании цефотаксима (4,0; 3,0; 5,0, $p < 0,05$).

Длительность повышения температуры тела у больных тяжелой формой ОКИ также была минимальной при назначении налидиксовой кислоты (1,5; 1,0; 2,0) и ко-тримоксазола (2,0; 1,0; 1,0). Однако, различия оказались не достоверны.

В то же время, из-за неэффективности терапии была произведена смена антибиотиков у 33,33% больных, принимавших ко-тримоксазол и у 30,00% больных, получавших нифуроксазид. Так же, отсутствие клинического эффекта наблюдалось у 11,11% пациентов при использовании цефотаксима, у 10,53% детей при назначении азитромицина, и только у 6,7% пациентов при использовании налидиксовой кислоты и цефтриаксона.

Среди детей, больных среднетяжелой и легкой формами ОКИ, длительность диареи была минимальной при назначении ко-тримоксазола (3,0; 2,0; 3,0), нифуроксазида (3,0; 2,0; 4,0), цефтриаксона (3,0; 2,0; 3,0) и налидиксовой кислоты (3,0; 2,0; 3,0). Статистически достоверно худший клинический эффект был получен при использовании цефотаксима (3,5; 2,0; 4,5, $p < 0,05$).

Длительность повышения температуры тела оказалась минимальной при назначении цефтриаксона (1,0; 1,0; 2,0) и азитромицина (1,0; 1,0; 2,0). Однако, разность различий оказалась не достоверна.

При этом не удалось получить эффект у 6,45-13,3% больных, однако, различия при использовании отдельных препаратов также оказались не достоверны.

Выводы.

1 При лечении нетяжелых инвазивных кишечных инфекций у детей в амбулаторных условиях препаратами выбора при назначении этиотропной терапии могут быть рекомендованы нифуроксазид и ко-тримоксазол.

2 При лечении больных тяжелыми формами инвазивных кишечных инфекций у детей наибольшую эффективность проявляет налидиксовая кислота.

3 В качестве препаратов резерва при ОКИ у детей могут быть рекомендованы цефтриаксон и азитромицин.

Литература:

1. Phavichitr N. Acute gastroenteritis in children: what role for antibacterials? / Phavichitr N, Catto-Smith A // Paediatr Drugs. – 2003. – №5 – P.279-290.
2. Michail L. Bennish Therapy guidelines for enteric infections – a 12-year update / Michail L. Bennish, Mtubatuba, Jons Hopkins // APUA newsletter – 2007 – №3. – P 1-4